

кації III ступеня, на тлі якої виникала поліорганна недостатність, що спричиняло смерть хворих.

У 20 хворих з ознаками ОНОК у стадії субкомпенсації застосування ентеросорбенту та проведення комплексної консервативної терапії з розвантаженням кишечника дозволило усунути непрохідність кишечника та виконати радикальні оперативні втручання у плановому порядку, після додаткового обстеження і передопераційної підготовки.

Аналіз результатів лікування хворих з ОНОК в стадії декомпенсації, що супроводжувалася перитонітом і ендотоксикозом II — III ступеня, свідчив, що проведення перед-, інтра- та післяопераційної дезінтоксикаційної терапії з використанням полісорбу дозволило виконати у деяких хворих первинно-відновні оперативні втручан-

ня, обсяг видалених відділів кишечника залежав від локалізації пухлини та загального стану хворого (від сегментарної резекції ураженого відділу ободової кишки до субтотальної колектомії).

Таким чином, усунення ендогенної інтоксикації при ОНОК пухлинного генезу з проведенням комплексної консервативної терапії та використанням ентеросорбентів дозволяє розширити обсяг радикального оперативного втручання та виконати первинно-відновні операції на товстій кишці. Це сприяє покращанню якості життя хворих, про що свідчать результати вивчення показників життя за допомогою опитувальника КЖ-100 та шкали SF-36 (36-item Medical Outcome Study Short-Form Health Survey — MOS-SF-36).

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И ОТКРЫТЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ХОЛЕЦИСТИТА

С. А. Гешелин, М. А. Каштальян, И. З. Гладчук, В. Ю. Шаповалов, А. А. Тимуш

Одесский государственный медицинский университет,
Военно-медицинский клинический центр Южного региона, г. Одесса

С 2001 по 2006 г. холецистэктомия выполнена в клинике у 2699 больных, из них у 2392 — с применением лапароскопической техники, у 307 — открытым методом. Применение лапароскопических технологий обеспечивает возможность выявления сопутствующих заболеваний и их хирургической коррекции во всех отделах брюшной полости. У 259 (10,8%) из 2392 пациентов, которым произведена лапароскопическая холецистэктомия, выполнены симультанные операции по поводу сопутствующих заболеваний. Во время открытого вмешательства возможности ревизии и расширения зоны операционных манипуляций ограничены размерами и локализацией разреза брюшной стенки, в связи с чем симультанные вмешательства при открытой холецистэктомии не выполняли.

Выделяем две группы симультанных операций у больных холециститом: в первой группе основной операцией является лапароскопическая холецистэктомия, во второй группе — холецистит является сопутствующим заболеванием, а холецистэктомия — сопутствующей операцией.

Из 259 больных первой группы у 206 — вмешательства выполнены с использованием лапароскопических ме-

тодов, у 53 — открытым доступом. У 155 больных отмечен "холодный период" холецистита, у 51 — острый период. Наиболее частыми симультанными операциями были удаление кист яичника и параовариальных кист (в 58 наблюдениях), энуклеация фибромиомы матки (в 32), висцеролиз при спящей болезни (в 31), термокоагуляция кист и гемангиом печени (в 22), аппендэктомия (в 14) и др. С использованием открытого способа после лапароскопической холецистэктомии у 43 больных выполнена герниопластика, у 10 — иные операции.

Из 39 больных второй группы у 8 — основным вмешательством была лапароскопическая, у 6 — открытая гистерэктомия, у 3 — лапароскопические операции по поводу эхинококкоза печени, у 22 — открытые операции (спленэктомия, правосторонняя гемиколэктомия, резекция тонкой кишки и др.).

Наш опыт свидетельствует, что лапароскопические технологии позволяют расширить показания к выполнению симультанных операций у больных холециститом без повышения степени операционного риска и травматичности вмешательства.